…………………………… ………………………

( imię i nazwisko) ( miejscowość, data)

………………………………………

( adres zamieszkania )

………………………………………

( dane kontaktowe )

**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jemielnie.

……………………………….

(podpis)